

Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491872

Vítima: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSILENE DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSILENE DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002191-1

Conta: 0000016300-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491872

Vítima: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSILENE DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0289053139 3 - CPF da vítima: 735.347.704-70 4 - Nome completo da vítima: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO 6 - CPF: 735.347.704-70
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: SÍTIO LAGOS 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: PEDRU REGIS 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98651-8367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: ROSILENE DO NASCIMENTO
18 - CPF do Representante Legal: 035.952.134-73 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 21911 CONTA: 16.3007
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0289053139 3 - CPF da vítima: 735.347.704-70 4 - Nome completo da vítima: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO 6 - CPF: 735.347.704-70
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: SÍTIO LAGOS 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: PEDRU REGIS 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98651-8367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: ROSILENE DO NASCIMENTO
18 - CPF do Representante Legal: 035.952.114-73 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 21911 CONTA: 16.3007
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 442/2019



Aos 15 dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 10h:52min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ROSILENE DO NASCIMENTO, conhecido por , RG nº 1.788.855-SSP/PB, CPF nº 035.252.114-73, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteira, profissão: agricultora, filho(a) de Agenor Agostinho do Nascimento e Maria Tenório de Lima, natural de Pedras de Fogo/PB, nascido(a) em 20/09/1973, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lajes, S/Nº, nº , bairro: -Pedro Régis/PB, tendo como ponto de referência: Igreja Assembleia de Deus, fone(s) para contato: (83) 99375-3526.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 19 de agosto de 2018;
- 3) HORÁRIO: 15h:0min;
- 4) LOCAL: PB-071, nº , bairro -Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de Emergência e Traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, NIV: 9C2KD0520AR053387, ano/modelo: 2010, cor vermelha, placa: NQC-9837/PB, licenciada em nome de JOSÉ AMARO PEREIRA FILHO.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE registra o acidente automobilístico em que foi vítima o seu filho: GEAN JÚNIOR DO NASCIMENTO, nascido aos: 12/10/2003, CPF: 715.347.704-70; QUE o seu filho conduzia a motocicleta acima mencionada, quando derrapou na referida rodovia e caiu; QUE em seguida foi socorrido para o hospital de Traumas de João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Rosilene do Nascimento

ROSILENE DO NASCIMENTO

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/AgenteMat. nº 155.335-6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0698053139 3 - CPF da vítima: 715.347.704-70 4 - Nome completo da vítima: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO 6 - CPF: 715.347.704-70
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: SÍTIO LAGOS 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: PEDRU REGIS 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98651-8167

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: ROSILENE DO NASCIMENTO
18 - CPF do Representante Legal: 035.952.114-73 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 21911 CONTA: 16.3007
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RG Nº 3855363
ITEP/RN

ESTADO DA PARAÍBA
SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL
MUNICÍPIO DE PEDRO RÉGIS - COMARCA DE JACARAÚ
LENIRA RÉGIS DA SILVA - Titular

Registros de Nascimento, Óbito e Notas Escritura, Procepção, Reconhecimento de Firma e Autenticação
Rua Senador Ruy Carneiro, s/n Centro Pedro Régis/PB. CEP 59.273-000 Tel. 83 296- 1063

DEUS SEJA LOUVADO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO N.º 1499:V

CERTIFICO que as folhas 599 do livro A- 03, de Registro de Nascimento
foi feito hoje o assento de GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

nasci DO doze (12) de Outubro do ano de
dois mil e tres (12:10:2003) às 20

horas e 35 minutos em hospital maternidade João Batista de Carmalho
ltda Jacaraú Paraíba P.B ::::::::::::::::::::::::::::::::::

:: do sexo masculino

filho de Antonio Manoel do Nascimento Filho Natural deste Estado
e dona Rosilene do Nascimento Natural deste Estado

residente em Sitio Lajes deste municipio de Pedro Regis P.B

Seu avós paternos Antonio Manoel do Nascimento

Anastacia Maria da Conceição

e maternos Agenor Agostinho

do Nascimento e Maria Teonório de Lima

Foi declarante O pai do Registrado

e serviram de testemunhas constantes no termo.

Observações: fe ito o Registro no dia 03 de Novembro de 2003.

O referido é verdade, dou fé.

Pedro Régis, 03 de Novembr o de 2003.

Lenira Régis da Silva

Registrador(a) Civil

Lenira Regis da Silva
ESCRIVÃ

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
CIDADE DE PEDRO RÉGIS - PB
Lenira Regis da Silva
Escrivã



Apelo Social: Prefeitura Municipal de PEDRO RÉGIS "O FUTURO CHEGOU"
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ACILTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

166066

Gratias agimus tibi



Identificação do paciente

Nome	GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO
Data de nascimento	12/10/2003
Idade	14 anos 10 meses 7 dias
Estado civil	Religioso
Sexo	Masculino
Mãe	ROSILENE DO NASCIMENTO
Escolaridade	
DDD Móvel	83
Fone Móvel	993753828
Tipo documento	
RG (IDENTIDADE)	993753828
Local de procedência	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO ROSARIO(MAMANGUAPE)
Email	Unidade JACARAÚ
Endereço	
CEP	58278000
Município de residência	JACARAÚ
UF	PB
Logradouro	LAJES
Bairro	ZONA RURAL
Admissão	
Data e hora	19/08/2018 19:55:20
Classificação de risco	
Especialidade	CIRURGIA GERAL
Clínica	
Origem do paciente	OUTRA UNIDADE DE SAÚDE
Detalhe do acidente	QUEDA / OUTROS
Caráter do atendimento	Ativo do atendimento
Indicadores e Transporte	
Caso policial	Não
Plano de saúde	Não
Veio de ambulância	Não
Quem transportou	Quem transportou
Sinais Vitais	
PA	
Temperatura	
Pulso	
mmHg	
Exames complementares	
Raio X []	
Sangue []	
Urina []	
TC []	
Liquor []	
ECG []	
Ultrasonografia []	
Exames clínicos	
Diagnóstico	
Atendido por	ILMA VIEIRA DA SILVA
CD	
Tempo	01min 11seg



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSILENE DO NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000000016300-7

Nr. da Autenticação B9B2023039587CEE

ROSELENE DO NASCIMENTO
SIT LACÕES S/N, ÁREA RURAL,
PEDRO REBOQUE - PB CEP: 58.770-013 (4)

LIGADO MONTE ALEGRE
CURSO RES. MT. C. 011 (REDE ENCL. - BOMBA MORTA)
R.0010 31-30-423-2000
Medidor 00001092254



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
01071-900 - Caixa Postal - Jd. São Pedro (PB) - CEP 59071-690
EXU 015 336 103 0001-43 100 Bts 16 Dns 105-0

Não - Canal / Canal de Energia É energia 0007 561-400
Cid para Ols Automático 00000810203

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/ RAN
Jul / 2019 08/07/2019 07/08/2019 036.282.114-73
Inc Est

Canal de contato

*Tela Social de Energia Parana - TSE (a partir de 2022)
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
05/08/19	11011	06/07/19	11041	33
Demonstrativo				
Tabela Tarifária (kW/h) / Cód. de Serviço				
0801 Consumo 88 200kW-BR	30.000 0.205 22	3.15	0.00 0	0.00 8.15 0.07 0.30
0801 Consumo 31 a 100kW-BR	30.000 0.351 850	17.58	0.00 0	0.00 17.58 0.19 0.86
0801 Adc E. Am3185	3.15	0.00 0	0.00 0	0.00 0.15 0.00 0.01
0810 Subside	22.32	0.00 0	0.00 22.32	0.38 1.18
0507 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	4.72	0.00 0	0.00 0.00	0.20 0.00
0806 Derivação Extra	-21.81	0.00 0	0.00 0.00	0.00 0.00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL
Tarifa de Transmissão ANEXO 9 10/2020 AN 100kW/h 0.220180 30.01 0.00 0.00 47.20 0.31 2.30

15/07/2019

R\$ 30,01

Histórico de Consumo (kWh)

77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95
Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Ma	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez	Jan

RESERVAÇÃO AO FVTO

5c1b 3c47 0cd8 4964 4923 91d5 e994 f477

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	0.00	NOMINAL
DC TRIMESTRAL	0.00	NOMINAL
DC ANUAL	0.00	NOMINAL
FC MENSAL	0.00	CONTRATADO
FC TRIMESTRAL	0.00	CONTRATADO
FC ANUAL	0.00	CONTRATADO
DMC	0.00	CONTRATADO
DCIN	0.00	CONTRATADO

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Luz da Energisa	7.25	24.17
Consumo de Energia	17.58	58.53
Encargos Tarifários	1.31	4.37
Impostos e Taxas	1.52	5.07
Outros Serviços	2.35	7.86
TOTAL	30.01	100.00

Saldo em 15/07/2019 R\$ 15.25

BANCO DO BRASIL
00190 00009 02624 912008 03482 482175 3 795100000003001

PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
SIT LACÕES S/N, ÁREA RURAL, PEDRO REBOQUE - PB CEP: 58.770-013

10/07/2019 10:00:00 10/07/2019 10:00:00 10/07/2019 10:00:00

10/07/2019 10:00:00 10/07/2019 10:00:00 10/07/2019 10:00:00

10/07/2019 10:00:00 10/07/2019 10:00:00 10/07/2019 10:00:00



ROSELENE DO NASCIMENTO
SIT LACÕES S/N, ÁREA RURAL,
PEDRO REBOQUE - PB CEP: 58.770-013 (4)

LIGADO MONTE ALEGRE
CURSO RES. MT. C. 011 (REDE ENCL. - BOMBA MORTA)
R.0010 31-30-423-2000
Medidor 00001092254



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
01071-900 - Caixa Postal - Jd. São Pedro (PB) - CEP 59071-690
EXU 015 336 103 0001-43 100 Bts 16 Dns 105-0

Não - Canal / Canal de Energia É energia 0007 561-400
Cid para Ols Automático 00000810203

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/ RAN
Jul / 2019 08/07/2019 07/08/2019 036.282.114-73
Inc Est

Canal de contato

*Tela Social de Energia Parana - TSE (a partir de 2022)
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
05/08/19	11011	06/07/19	11041	33
Demonstrativo				
Tabela Tarifária (kW/h) / Cód. de Serviço				
0801 Consumo 88 200kW-BR	30.000 0.205 22	3.15	0.00 0	0.00 8.15 0.07 0.30
0801 Consumo 31 a 100kW-BR	30.000 0.351 850	17.58	0.00 0	0.00 17.58 0.19 0.86
0801 Adc E. Am3185	3.15	0.00 0	0.00 0	0.00 0.15 0.00 0.01
0810 Subside	22.32	0.00 0	0.00 22.32	0.38 1.18
0507 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	4.72	0.00 0	0.00 0.00	0.20 0.00
0806 Derivação Extra	-31.81	0.00 0	0.00 0.00	0.00 0.00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL
Tarifa de Transmissão ANEXO 9 10/2020 AN 100kW/h 0.220180 30.01 0.00 0.00 47.20 0.31 2.30

15/07/2019

R\$ 30,01

Histórico de Consumo (kWh)

77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95
Jul	Agos	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Ma	Jun	Jul	Agos	Sep	Out	Nov	Dez	Jan

RESERVAÇÃO AO FVTO

5c1b 3c47 0cd8 4964 4923 91d5 e994 f477

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	0.00	NOMINAL
DC TRIMESTRAL	0.00	NOMINAL
DC ANUAL	0.00	NOMINAL
FC MENSAL	0.00	CONTRATADO
FC TRIMESTRAL	0.00	CONTRATADO
FC ANUAL	0.00	CONTRATADO
DMC	0.00	CONTRATADO
DCIN	0.00	CONTRATADO

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Luz da Energisa PB	7.25	24.17
Consumo de Energia	17.58	58.53
Encargos Tarifários	1.31	4.37
Impostos e Taxas	1.52	5.07
Outros Serviços	2.35	7.86
TOTAL	30.01	100.00

Salvo erro (LTD) 06/05/2019 16:55

BANCO DO BRASIL DADOS REFERENCIAIS ALIAMENTO NO BANCO DO BRASIL
00190 00009 02624 912008 03482 482175 3 795100000003001

PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
SIT LACÕES S/N, ÁREA RURAL, PEDRO REBOQUE - PB CEP: 58.770-013

10/08/19 19:00:00 10/08/19 19:00:00 15/01/2019 15/01/2019

20249120003482483 0000051020201907 15/01/2019 15/01/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
SIT LACÕES S/N, ÁREA RURAL, PEDRO REBOQUE - PB CEP: 58.770-013



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE AMARO PEREIRA FILHO,
RG nº 702970, Data de Expedição: / / , Órgão: SSP/PB,
Portador do CPF nº 380.275.774-20, com domicílio na cidade de
GEORO REGIS, no Estado de PARAIBA,
onde resido na (Rua/Av./Est.) SITIO LAGES,
nº 5/N, complemento: CASA, declaro, sob as penas da Lei,
que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO,
cujo o condutor era GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO.

Veículo: PAS/ MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/ NXR 150 BROS MIX ES
Ano: 2010
Placa: N B C 9837 / PB
Chassi: 9C2KD0520AR053387
Data do Acidente: 19/08/2018



Local e Data: Jacaraú 14/08/2019



Jose Amaro Pereira Filho
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CERTIDÃO

Nº. 1691/2018



Atendendo solicitação de ROSILENE DO NASCIMENTO, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155470 e Prontuário nº 2018.08.002990 pertencentes a **GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO** que foi atendido dia 20/8/2018 às 00H35min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito e esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/08/2018 com alta médica dia 20/08/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de dezembro de 2018
 Rosângela M. Escorel Almeida Rosângela Almeida
Médica da Vigilância à Saúde Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883 CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - INPJ:

Ficha Nr: 155470 Atd: Nao Regular
Data: 20/08/2018
Hora: 00:35:32
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SEF
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.002990

CNS: 898001984375298 Sexo: M IDENTIDADE: 003855363 Fone: 993753526

Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 12/10/2003 Id: 14 ano(s)

End.: SITIO, 00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PEDRO REGIS UF: PB

Mae: ROSILENE DO NASCIMENTO

Pai: ANTONIO MANOEL DO NASCIMENTO FILHO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA



Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 15:00/PEDRO REGIS

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: Q28:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

TRAUMA NO PUNHO E e punho D.

Ultima alimentacao (19h 19/08/18).

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Do punho D - Fratura radio distal D

Do punho E - Fratura fisica radio distal E

Dr. Marcelo Patriota
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11761

Diagnostico

Conduta

Dite zero.
Reducao sob sedacao
guedes com placo

Prescricao

Horario da medicacao

S631 - 1000
Q1501 - 1400
Dr. Andre Luis Siqueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 62071037110227

Dr. Marcelo Patriota
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11761

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO</i>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.32	LEITO:439
DATA DE ADMISSÃO <i>31/08/2018</i>		DATA DE ALTA <i>11/09/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Radio Distal DIREITA</i>				CID <i>S52.0</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea do Radio</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de punho foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA HOSPITALAR

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Cefalexina + AINE*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **07** dias para revisão. DR ANDRE RIBEIR.

Dr. Felipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 11126

11/09/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Geam J. do Nascimento</u>						PRONTUÁRIO Nº	
IDADE		SEXO		COR		CLÍNICA	
						ENF. LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: <u>20/08/18</u>				DATA DE ALTA: <u>20/08/18</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fract. punho (F)</u>						CID: <u>552.</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>o mesmo</u>							
OUTROS DIAGNÓSTICOS							
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx</u>							
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>RIFP.</u>							
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA							
ANATOMIA PATOLÓGICA							
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO							
RESULTADO BACTERIOLOGIA							
CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO							
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <u>Pat. com fratura radio distal submetido a redução cirúrgica e fixação percutânea e fio de K</u>							
DIETA: <u>geral</u>							
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA							
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.							
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.							
MEDICAÇÕES PARA CASA:							
RETORNO Ao posto de saúde em <u>Dr. Alisson</u> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>31/08/18</u> em 30 dias para revisão.							
DATA: <u>20/08/18</u>							
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.							



Boletim de Atendimento: 1102502



identificação do paciente

1317870	Nome	GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO	Sexo	Masculino
12/10/2003	Data de nascimento	Idade	14 anos 10 meses 7 dias	Estado civil
			Religiao	Protestante
Mãe	ROSILENE DO NASCIMENTO	Pai	ANTONIO MANOEL DO NASCIMENTO FILHO	Responsável (Prestador)
DDI Móvel	83	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	990753626	Fls. documento	Nº Cnt	858001984375298
RG (IDENTIDADE)	003856351		UF	PB
Local de procedência	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO ROSARIO(MAMANGUAPE)			
Email	JACARA@101.net.br			
	CBO/R			

ဝိသေသ

58272000	CEP	Município de residência	UF	Logradouro	LAJES	Bairro	ZONA RURAL
58272000	Número	SN	Complemento				

Admissão

19/09/2018 10:55:20	Especialidade	Cirurgia Geral	Classificação de risco
1000004493036	Comissão SUS	Clinica	Ordem do paciente

Indicadores e Transporte

Não	Vale de ambulância		Quem transportou	
Não	Trauma		Não	

Sinai's Vitais

	X	_____ minutos	Pulso	Temperatura
Exames complementares				
Larvo X []	Sangue []	Urina []	Tc []	Liquor []
			ECG []	Ultrasonografia []

21 Abril 2019

LIFEASSESSORIA

Exames complementares

Exame X	
Sangue	
Urina	
TC	
Liquor	
ECG	
Ultrasonografia	
21 AGO 2019	
CORRETORA DE SEGUROS	



important





LIFE ASSESSORIA
21 APR 2014
CORRETORE RADIOMUTOS



LIFE ASSURANCE
21 APR 2013
CORRE TRADE SEGUROS

FICHA DE ADMISSÃO DA SRPA

Paciente: _____ Pront.: _____ Data: _____
 Hora da admissão: _____ Hora da alta: 4:45 _____ Enfermeiro: _____
 PA. na admissão: _____ PA. na alta: _____ Téc. Enf.: _____

PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
CONSCIÊNCIA					
ACORDADO	2	✓	✓		
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
RESPIRAÇÃO					
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2	✓	✓		
DISPNEIA	1				
APNEIA	0				
CIRCULAÇÃO					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2	✓	✓		
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL	1				
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0				
ATIVIDADE MUSCULAR					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES 4	2	✓	✓		
MOVIMENTO MUSCULAR DE 2	1				
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
COLORAÇÃO DA PELE					
ROSADO, QUENTE	2	✓	✓		
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
TOTAL		10	10		

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA

Anestesiologista



PACIENTE		DATA	11 /08 /2018.
ENFERMARIA		LEITO	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITENS	MEDICAMENTOS - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIOS		
1	DIETA LIVRE			
2	TRAMAL 50 MG 01 COMP 8/8 H S/N ou TRAMAL 100MG 01AMPOLA + 100ML SF0,9% EV 8/8H (S/N)			
3	DIPIRONA 01FA + AD EV 6/6H OU 01 CP VO 6/6H (S/N)			
4	TILATIL 20 MG 01 AMPOLA EV 12/12 H (S/N)			
5	OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00H			
6	NAUSEDON 8 MG + SF 0,9% 100 ML EV DE 8/8 HORAS SE VÔMITO			
7	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PA > 160 X 100 MMHG			
8	HGT 6/6 HORAS SE PACIENTE DIABÉTICO			
9	INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA DE HGT SE PACIENTE DIABÉTICO: 0 - 180 = 0; 181 - 250 = 2UI; 251 - 300 = 4UI; 301 - 350 = 6UI; 351 - 400 = 8UI; 401 - 450 = 10 UI			
10	OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA DE 6/6H			
11	SSVV + CCGG			
12	CURATIVO DIARIO			
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

DIAGNÓSTICO

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente em _____, _____ queixas, _____ intercorrências.
CD: VPM

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM

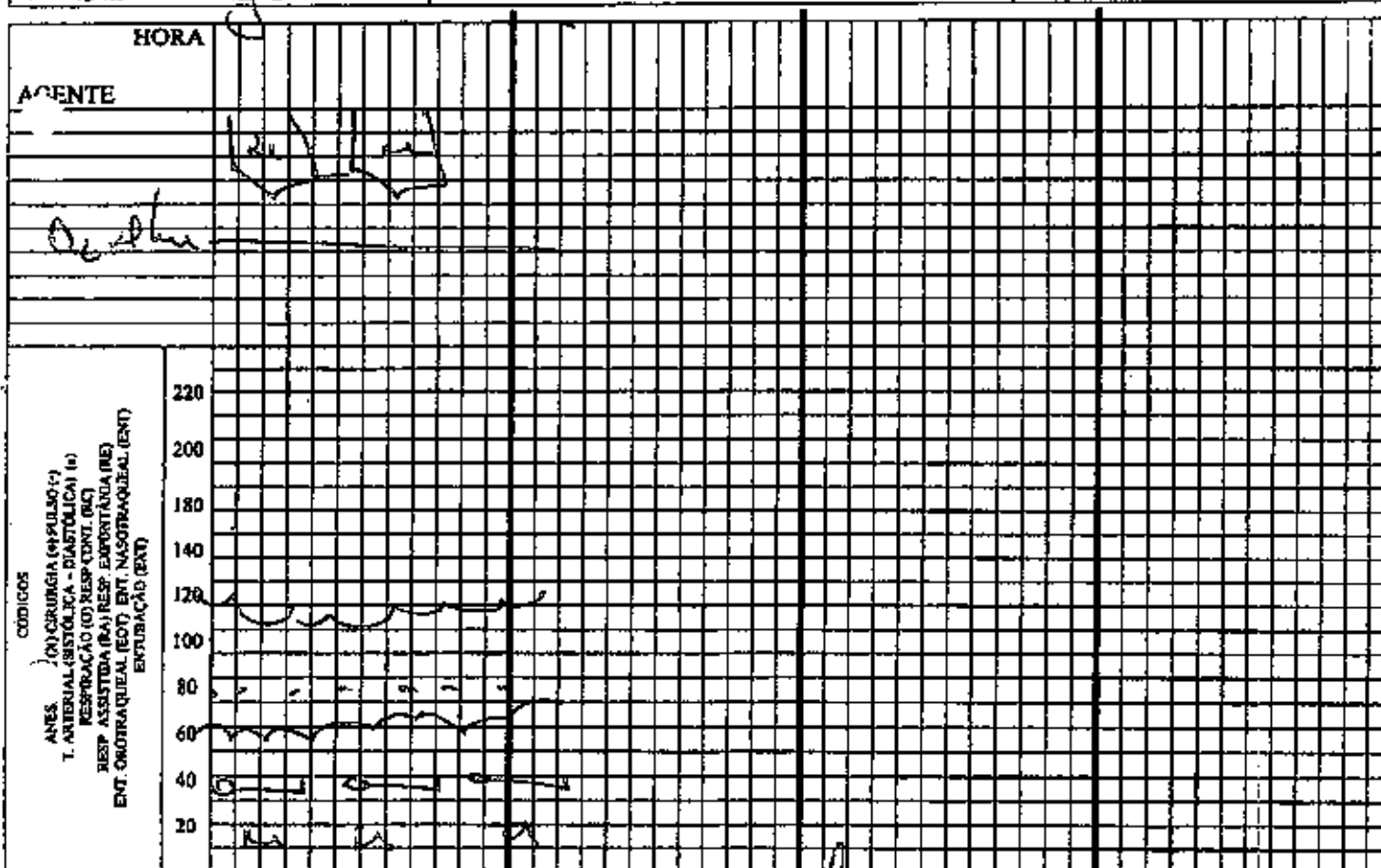


3214-1981



31.08.2018

NOME <u>Cleber Junior da Moura</u>		DATA <u>23/08/18</u>	
ESTADO CIVIL	Solt. ☐ Cas. ☒ Vuv. ☐ Desq. ☐	SEXO	Masc. ☒ Fem. ☐
COR	BR ☒ PO ☐ PT ☐	PROFISSÃO	<u>79</u>
ENDEREÇO	<u>Av. (Rua)</u>		
HOSPITAL	CATEGORIA		
AIH ☐	CP ☐	MAT ☐	COD ☐ INSC ☐ GIH ☐ OUTRAS ☐ →
DIAGNÓSTICOS	<u>fratura radio distal E</u>		
OPERAÇÃO REALIZADA	<u>redução + fixação</u>		
CIRURGIÃO	AUXILIAR		
INÍCIO ANESTESIA	TERMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE US (PONTOS)	VALOR R\$	
<u>Revisão</u>	CPF	CRM-PB <u>5735</u>	



PRESSÃO ARTERIAL 120/80	PULSO 80	RESPIRAÇÃO 20/min	TEMPERATURA 36,5	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
EST. GERAL BOM ☒ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐			RISCO CIRÚRGICO BOM ☒ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐		

EXAMES COMPLEMENTARES	Uso de
PRÉ-ANESTÉSICO	

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TÉCNICA Clase de natación

MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

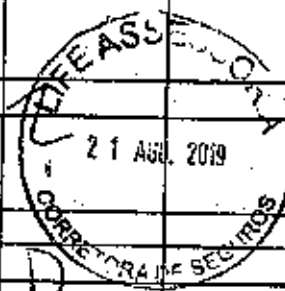
1	1er tour	6	20/01/2019
2	2ème tour	7	21/01/2019
3	3ème tour	8	22/01/2019
4	4ème tour	9	23/01/2019
5	5ème tour	10	24/01/2019

OBSERVAÇÕES	
-------------	--

FICHA DE ADMISSÃO DA SRPA

Paciente: _____ Pront.: _____ Data: _____
 Hora da admissão: _____ Hora da alta: 4:45 Enfermeiro: _____
 PA. na admissão: _____ PA. na alta: _____ Téc. Enf.: _____

PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
CONSCIÊNCIA					
ACORDADO	2	✓	✓		
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
RESPIRAÇÃO					
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2	✓	✓		
DISPNÉIA	1				
APNÉIA	0				
CIRCULAÇÃO					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2	✓	✓		
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL	1				
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0				
ATIVIDADE MUSCULAR					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES 4	2	✓	✓		
MOVIMENTO MUSCULAR DE 2	1				
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
COLORAÇÃO DA PELE					
ROSADO, QUENTE	2	✓			
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
TOTAL		10	✓		



INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORARIO	ASSINATURA

Anestesiologista



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO
DADOS DE NASCIMENTO	12/10/03
NOME DA MÃE	ROSILENE DO NASCIMENTO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.102.502
Nº PRONTUÁRIO	
DATA DO ATENDIMENTO	19/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	18:55
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE LEVE + FRATURA DO PUNHO E?
CID 10	S 00.9 + S 52.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente adolescente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cerca de 3 hs, quando vinha para casa, estrada de barro a moto derrapou, caindo por cima do braço, desmaiou na hora e bateu com a cabeça no chão. Levado ao hospital regional de Mamanguape que o encaminhou ao Trauma, apresentando desmaio no momento do acidente e dor + deformidade em punho E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX do punho E - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Sem alteração à TC. Sem resultado do RX. Realizado atendimento, medicação, imobilização e tratamento conservador, sob cuidados da Neurocirurgia. Encaminhado ao Ortopedia aos cuidados da Ortopedia conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR:	19/08/18
DATA DA EMISSÃO:	12/04/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CUBAHEETSKL
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO		Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
Ativo do Atendimento	12/10/2003		14a 10m 8d	MASCULINO	1102502	19/08/2018 21:56:11		
Convênio	SUS		Enfermaria / Leito	Matrícula		Validade da Prescrição	19/08/2018 21:56:00 - 20/08/2018 21:56:00	
					Senha			

Data: 19/08/2018 21:56
 Unidade: SUELY LUCENA
 Bolém: 1102502

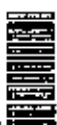

Nome do medicamento	Dose	U.m.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Fos	Apreçamento
1 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML	Observação: difirona 500mg/ml fazer 1 ampola por hora	o.c.		500ML	2x200

SUELY LUMMEN ALMEIDA DE LUCENA
 CRM: 2320

Dra. Suelly Lumen A. de Lucena de Agosto de 2018
 PEDIATRA
 CRM: 2320-PB Suelly Lucena
 Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H



Nome	GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO	Data de	12/10/2003	Idade	14a 10m 7d	Sexo	MASCULINO	Nº	1102502	Nº Pronto		Data Prescrição	19/08/2018 19:20:48
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito												
Convenio	Matricula		Validade da Prescrição 19/08/2018 19:20:00 - 20/08/2018 19:20:00										
SUS			Bateria										

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIFIRONA 500 MG COMPRIMIDO	1,0	MG	Observação: DIFIRONA 500MG 1 COMP DE 6/6HS VO SIN	ORAL		6/6H	9/8
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0,0		Observação: T C E ?				
3 PARECER ORTO	0,0		Observação: FRATURA PUNHO?				

19 de Agosto de 2018

MARIA DAS GRACAS BARBOSA RIBEIRO

CRM: 1328

8/1 Maria das Gracas Barbosa Ribeiro

Assinatura do Profissional

CRM: 1328-PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Santamaral Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

NCR

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO		BAE 1102502	Data/Hora Entrada 19/08/2018 18:55:20	Data Baixa
Data de nascimento 12/10/2003	Idade 14a 10m 8d	Sexo Masculino	CNS 698001084375298	Telefone de Contato (83) 993753526
Nome ROSILENE DO NASCIMENTO				Prontuário
Endereço LAJES, SN		Bairro ZONA RURAL	Município JACARAU	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB	
Data/Hora Classificação 19/08/2018 18:55:20		Data/Hora Prescrição 19/08/2018 22:24:43		
Anamnese ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DE ADM DE PUNHO NEUROVASCULAR PRESERVADO CD: TALA AXILOPALMAR ORIENTAÇÕES AGUARDAR ALTA DA NCR PARA ENCAMINHAR AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO.				
PROCEDIMENTO TALA AXILO PALMAR				
Conduta Em observação				

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Handwritten signature

Paciente: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO	BAE: 1102562	Data/Hora Entrada: 19/08/2018 18:55:20	Data Baixa:
Data de nascimento: 12/10/2003	Idade: 14a 10m 6d	Sexo: Masculino	CNS: 098001984375298
Mãe: ROSILENE DO NASCIMENTO			Telefone de Contato: (83) 993753526
Endereço: LAJES, SN	Bairro: ZONA RURAL	Município: JACARAU	Prontuário:
Acidente: QUEDA / OUTROS	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional: FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES	Nº Cons. Regional: 5914/PB
Data/Hora Classificação: 19/08/2018 18:55:20		Data/Hora Prescrição: 19/08/2018 23:25:37	

Anamnese

NEUROCIRURGIA#

#TCE LEVE

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 9 HORAS, FAZIA USO DE CAPACETE, DESMAIOU NO LOCAL. NEGA VÔMITO E CERVICALGIA.

GLASGOW 15, SEM DÉFICTS FOCAIS.

#ALTA DA NEUROCIRURGIA, AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
(5914/PB)

Handwritten signature of Dr. Francisco Neuton de Oliveira Magalhães
Dr. Francisco Neuton de Oliveira Magalhães
Esp. em Neurocirurgia
CRM 1009720007
CRM 1009720007



POSTO I B
Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSO - PB, 11111111
Tel:
CNES: 454547

Paciente GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO		BAE 1102502	Data/Hora Entrada 19/08/2018 16:55:20	Data Boleia
Data de nascimento 12/10/2003	Idade 14a 10m 7d	Sexo Masculino	CNS 858001984375289	Telefone de Contato (83) 852783828
Nome ROSILENE DO NASCIMENTO				Prontuário
Endereço LAJES, SN		Santo ZONA RURAL	Município JACARAÍ	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARIA DAS GRACAS BARBOSA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 1328/PB	
Data/Hora Classificação 19/08/2018 16:55:20			Data/Hora Prescrição 19/08/2018 16:20:48	

Anamnese

acidente de moto há 3 horas, quando vinha para casa, estrada de barro, a moto derrapou, caindo por cima do braço, desmaiou na hora e foi levantado pelo irmão que vinha em outra moto, apesar de estar de capacete, bateu com a cabeça no chão, foi levado para o hospital de Mamanguape, sendo encaminhado para o trauma. leve desmalo na hora do acidente, nega vômitos, convulsões e cefaléia. REFERE DOR NO PUNHO ESQUERDO. Bom estado geral, glasgow de 15, consciente tranquilo, hidratado bem perfundido, corado, eupneico, imobilização do antebraço e punho esquerdo. Refere que recebeu 1 injeção para dor lá em 17:30 hs. vacinação atualizadas. nega alergia a medicamento.

HD TCE?
FRATURA PUNHO?

CONDUTA TOMOGRAFIA DE CRANIO
RAIO X PUNHO ESQUERDO
FAST
OBSERVAÇÃO
PARECER DO ORTOPEDISTA
NEUROCIRURGIÃO

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, 6/6H. (OBSERVAÇÕES: DIPIRONA 500MG 1 COMP DE 6/6HS VO SN)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA. (OBSERVAÇÕES: TCE ?)

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA. (OBSERVAÇÕES: FRATURA PUNHO?)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE ?)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ACIDENTE DE MOTO COM DESMAIO)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA). (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA ?)

CID10

Código	Descrição
S03.0	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

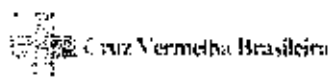
Em observação

Dra. Suelly Umami A. G. Lima
PEDIATRA
CRM: 2320-PB

MARIA DAS GRACAS BARBOSA RIBEIRO
(1328/PB)

GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO						CNS 888001984375298	Prontuário
Data de Nascimento 15/10/2003	Idade 14A 10M 7D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe ROSILENE DO NASCIMENTO			Nome da Pai ANTONIO MANOEL DO NASCIMENTO FILHO				
Endereço LAVES			Bairro ZONA RURAL				Cep 58278000
Município JACARAÚ - PB			Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 993753526		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593282		Telefone (83) 32165700		

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares		
CID S05.0	Data de encaminhamento 20/08/2018 00:09:10	

D^{ra}. Suelly Dimmen A. de Lucena
PEDIATRA *Suelly Lucena*
Assinatura e rubrica do profissional



Contato: 011-3046-1000



GOVERNO
DA PARAÍBA

HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



Receituário

Paciente: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

Idade 14

Data: 19/08/2018 17:46:14 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 286494

AO HETSHL

ENCAMINHO O PACIENTE ACIMA CITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE
DE MOTO.
RELATA DESMAIO NO LOCAL.
REFERE DOR EM MSE.
NEGA VÔMITOS

SOLICITO AVALIAÇÃO POR NCR E ORTOPEDISTA.


Dr. C M Silva
4865
19019

Dr. MICHELYNE DE CARVALHO MOREIRA SILVA
4865/PB



HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfrido de Almeida e Silva
CNES: 7666772 - Tel.: (83)3292-9050

Contato: 011-3046-1000

ASSISTENCIAIS

Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280000

Tel: 32929050

CNES: 7666772

Paciente GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO	BAE 286494	Data/Hora Entrada 19/08/2018 17:24:08	Data Baixa
Data de nascimento 12/10/2003	Idade 14a 10m 7d	Sexo Masculino	CNS 896001864375298
Mãe ROSILENE DO NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 93757523
Endereço LAGE, S/N - CASA	Bairro ZONA RURAL	Município JACARAÚ	UF PB
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MICHELYNE DE CARVALHO MOREIRA SILVA	Nº Cons. Regional 4865/PB
Data/Hora Classificação 19/08/2018 17:38:44		Data/Hora Prescrição 19/08/2018 17:46:29	

Anamnese

P=45 KG

ADOLESCENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO
RELATA DESMAIO, NEGA VÔMITOS
RELATA DOR EM MSE

Exame Físico

GLASGOW 15

CID10

Código	Descrição
Z00.0	Exame médico geral

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção (NOR ORTOPEDISTA - HETSHU)

GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

Michele de C. M. Silva
Pediatra
CRM-PB 4865
PREV 1019

MICHELYNE DE CARVALHO MOREIRA SILVA
(4865/PB)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE PERICIA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



Assinatura do Titular

Gean Junior do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.855.363 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/05/2017

NOME GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO ANTONIO MANDEL DO NASCIMENTO FILHO ROSILENE DO NASCIMENTO

NATURALIDADE JACARAÚ PB DATA DE NASCIMENTO 12/10/2003

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-403 F-599 RG-1499 PEDRO REGIS PB-CARTÓRIO UNICO CARTÓRIO

CPF 715.347.704-70

Joestias Ferreira do N. Junior 1ª. VIA
Diretor do Instituto de Identificação

LEI Nº 7.118 De 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-900

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Rosilene do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.788.855 -2 VIL DATA DE EXPEDIÇÃO 08/04/2016

NOME ROSILENE DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO AGENOR AGOSTINHO DO NASCIMENTO
MARIA TENÓRIO DE LIMA

NATURALIDADE PEDRAS DE FOGO-PB DATA DE NASCIMENTO 20/09/1973

DOC ORIGEM
NASC.N.47215 FLS.258 LIV.A41
CARTORIO SANTA RITA-PB

CPF 035.252.114-73

Marcus A. B. Lacet Jr.
Chefe do Núcleo de

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO
 DATA DO ACIDENTE 19/08/2018 CPF DA VÍTIMA 715.347.704-70
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É GENITORA - ROSILENE DO NASCIMENTO
 ENDEREÇO DO PORTADOR SITIO LAGES
 Nº S/N COMPLEMENTO CASA BAIRRO AREA RURAL
 CIDADE PEDRO REGIS UF PB CEP 58273-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 98651-8167

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 10/08/2018
 IDENTIDADE RG. J. 788.855 5505/PB
 ASSINATURA Rosilene do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 21/08/2018
 NOME _____
 ASSINATURA _____



Documento do Proprietário do ROTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		ESTADO DA PARAÍBA	
NOME JOSE AMARO PEREIRA FILHO			
DOC. EXIBIR / COD. ABREV. R 702970 ESP PB		CPF / DATA NASCIMENTO 380.275.774-20 30/07/1960	
FUNÇÃO JOSE AMARO PEREIRA MARIA JOSE DA CONCEICAO			
PROFISSÃO []		ACC / CE. PA. [] []	
Nº RÓTULO 02049302167		VALIDADE / 1ª INSERÇÃO 24/11/2022 22/11/2001	
CONTINUAÇÃO EAR,			
<i>JOSE AMARO PEREIRA FILHO</i> ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO			
LOCAL JOAO PESSOA, PB		DATA EMISSÃO 14/12/2017	
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO []		55250211488 PB035501456	
PARAÍBA			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491872 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 11. EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 08.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491872 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 11. EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 08.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288053/19

Vítima: GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO

CPF: 715.347.704-70

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 19/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEAN JUNIOR DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSILENE DO NASCIMENTO : 035.252.114-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

GEAN JUNIOR DO NASCIMENTO : 715.347.704-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: ROSILENE DO NASCIMENTO
CPF: 035.252.114-73

ROSILENE DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA